...............................................................

nazwa jednostki

..............................................................

dane adresowe jednostki

..............................................................

telefon, e-mail

.......................................

miejscowość, data

# Komisja ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

**Podanie o zwiększenie liczby miejsc stażowych w jednostce uprawnionej do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów**

Ja niżej podpisana/y

…………………………………………………………….

nazwa jednostki

zwracam się z prośbą o zwiększenie liczby miejsc stażowych do …… na liście podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów.

# W jednostce możliwe do odbycia są następujące staże cząstkowe:

* Stomatologia zachowawcza
* Stomatologia dziecięca
* Chirurgia stomatologiczna
* Protetyka stomatologiczna
* Periodontologia
* Ortodoncja

# Opiekunem stażysty(ów) będzie:

......................................................................................................

tytuł zawodowy, imię i nazwisko, specjalizacja jeśli posiada

.................................................................

pieczątka i podpis kierownika jednostki

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z „Klauzulą informacyjną”, opublikowaną na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby lekarskiej (zakładka: kontakt) i przyjmuję do wiadomości jej treść.

.................................................................

czytelny podpis i data

Rozpatrzono pozytywnie na posiedzeniu Komisji ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu ..……….………………………………………..

.................................................................

pieczęć i podpis Przewodniczącego

Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL